

بررسی ارتباط سطح سرمی هموسیستئین و ابتلا به پره اکلامپسی

گیتی رحیمی^۱، زهرا تذکری^۲، نیلوفر شاطری^۳

^۱ نویسنده مسئول: استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران E-mail: g.rahimi@arums.ac.ir

^۲ مربی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل ^۳ پزشک عمومی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

چکیده

زمینه و هدف: پره اکلامپسی یکی از عوارض مهم بارداری است که بیش از ۸٪ کل حاملگی ها را به خود اختصاص می دهد، با این حال در مورد اتیولوژی آن اطلاعات کمی در دسترس است. پاتوفیزیولوژی پذیرفته شده معمول آن به اختلال عملکرد سیستمک آندوتلیال عروق مادری نسبت داده می شود و هموسیستئین از جمله مواد توکسیکی است که گفته می شود با اختلال عملکرد آندوتلیوم مرتبط است. این مطالعه به منظور بررسی ارتباط سطح سرمی هموسیستئین و ابتلا به پره اکلامپسی در زنان با حاملگی طبیعی و آنهایی که دچار پره اکلامپسی هستند انجام شد.

روش کار: تحقیق حاضر یک مطالعه مورد شاهدهی بود که نمونه گیری آن به روش در دسترس از میان خانم های باردار مراجعه کننده به مرکز آموزشی-درمانی علوی اردبیل انجام شد (هر گروه ۱۶۵ نفر). نمونه ها از نظر سن و سن حاملگی با هم همسان سازی شدند. پس از ۸-۶ ساعت ناشتا بودن ۲ سی سی نمونه خون از وریدهای محیطی افراد مورد مطالعه تهیه، حباب موجود در سرنگها خارج و بلافاصله در تیوپ حاوی EDTA ریخته شد و در محیط حاوی یخ قرار گرفت و سطح هموسیستئین اندزه گیری شد.

یافته ها: نتایج این مطالعه نشان داد میانگین سطح سرمی هموسیستئین در گروه پره اکلامپسی دارای میانگین $3/3 \pm 7/8$ Mmol/l بود، که در مقایسه با سطح سرمی هموسیستئین گروه شاهد $2/3 \pm 8/0$ Mmol/l بطور معنی داری بالا بود. میانگین سن، دور بازو، BMI مادران در گروه ها بطور معنی داری با هم متفاوت بودند و سایر شاخصها تفاوت آماری معنی داری نداشتند.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های این مطالعه می توان پیش بینی نمود: مادران بارداری که سطح خونی هموسیستئین، دور بازو و BMI بالایی دارند از احتمال ابتلا به پره اکلامپسی بیشتری برخوردارند و باید با دقت بیشتری مراقبتهای دوران بارداری را دریافت کنند تا با خطرات مادری-نوزادی کمتری روبرو شوند.

کلمات کلیدی: مادران باردار؛ پره اکلامپسی؛ اکلامپسی؛ هموسیستئین پلاسما

دریافت: ۸۹/۴/۲ پذیرش: ۸۹/۶/۱۸

مقدمه

پره اکلامپسی یکی از عوارض مهم بارداری است که بیش از ۸٪ کل حاملگی ها را به خود اختصاص می دهد، با این حال در مورد اتیولوژی آن اطلاعات کمی در دسترس است [۱]. این سندرم معمولاً با

حملات پرفشاری خون و پروتئینوری بعد از هفته بیستم حاملگی و نزدیک ترم مشخص می گردد [۲]. که برای هر دو مادر و نوزاد عواقب کوتاه و بلند مدتی را بدنبال دارد [۳]. پره اکلامپسی همراه با خونریزی و عفونت جزو سه علت اصلی مرگ

* این مقاله برگرفته از پایان نامه خانم نیلوفر شاطری دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل می باشد.

مادران محسوب می‌گردد [۴]. پاتوفیزیولوژی پذیرفته شده آن وازواسپاسم و فعال شدن اندوتلیوم به دلیل عدم تعادل بین متسع کنندگان و منقبض کنندگان عروقی را مطرح می‌کند [۵]. هموسیستئین از جمله موادی است که گفته می‌شود افزایش آن در دوران بارداری بخصوص بواسط بارداری مادر را با اختلال عملکرد اندوتلیوم روبرو می‌سازد و بروز پره اکلامپسی را تا ۴-۳ برابر افزایش می‌دهد [۶]. هموسیستئین یک اسید آمینه حاوی سولفور است که در جریان متابولیسم متیونین بوجود می‌آید و سیستم را بوجود می‌آورد که سیستم نیز باعث افزایش اختلال عملکرد اندوتلیوم می‌شود [۷]. با اینکه هنوز علت دقیق پره اکلامپسی مشخص نشده ولی چند عاملی بودن و نیز شروع فعالیت این عوامل از ابتدای حاملگی، مطالعات را به سمت تمرکز بر تست های پیشگویی کننده سوق داده است [۸]. از آنجایی که پره اکلامپسی از مهم ترین عوارض بارداری است که حدود ۲۰٪ از زنان باردار در کشورهای در حال توسعه را در بر می‌گیرد [۹] و طبق گزارش دانشگاه های علوم پزشکی ایران این سندرم دومین علت مرگ مادران در ایران بوده [۱۰]. لذا شناسایی و پیشگیری این موارد از اهداف اولویت دار زنان و مامایی محسوب می‌شود [۱۱]. این مطالعه به منظور بررسی ارتباط سطح سرمی هموسیستئین و ابتلا به پره اکلامپسی در جهت پیش بینی و پیشگیری از عوارض ناخواسته ناشی از آن انجام شد.

روش کار

تحقیق حاضر که یک مطالعه مورد شاهدهی بود که با کسب موافقت کمیته پژوهش و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و در غالب پایان نامه مصوب این دانشگاه انجام شد. نمونه گیری در این مطالعه به روش در دسترس از میان خانم های باردار مراجعه کننده به مرکز آموزشی - درمانی علوی اردبیل

انجام شد. به این ترتیب که کلیه خانم های باردار از هفته ۲۰ هر ۴ هفته تا ۲۴ ساعت پس از زایمان از نظر پره اکلامپسی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مطالعه پره اکلامپسی به فشار خون مساوی یا بیشتر از ۱۴۰/۹۰ همراه با پروتئینوری مساوی یا بیشتر از ۳۰۰ میلی گرم در دسی لیتر یا بیشتر از یک مثبت (+) تست نوار ادراری (Dipstick) اطلاق گردید. حجم نمونه با $\alpha=0.05$ و $\beta=0.10$ در هر گروه ۱۶۵ نفر برآورد گردید. ۱۶۵ نفر از مادرانی که دارای مشخصات فوق الذکر بودند، پس از اعمال معیارهای خروج به عنوان گروه مورد و ۱۶۵ نفر که فاقد آن مشخصات بودند بعنوان گروه شاهد در نظر گرفته شدند. معیارهای خروج در این پژوهش شامل موارد ذیل بود: دیابت، مصرف سیگار، هیپرلیپیدمی، حاملگی کمتر از ۲۰ هفته، سابقه فشارخون قبل از بارداری، بیماریهای سیستمیک بیماریهای کلیوی (کلیه مادرانی که کراتینین بیش از حد نرمال ($1.3-1.8 \text{ mg/dl}$) داشتند، از مطالعه حذف شدند). علاوه بر معیارهای فوق جهت پیشگیری از افزایش کاذب هموسیستئین کلیه مادرانی که داروهای ضد تشنج (فنی توئین، کاربامازپین و...) و متوترکسات مصرف می کردند نیز از مطالعه خارج شدند. بدلیل کمترین فاصله سنی ممکن برای همسان سازی سن گروهها، سن مادران ۲ گروه با فاصله سنی ۵ سال و فاصله حاملگی ۲ هفته با هم همسان سازی شدند. پس از توضیحات لازم در مورد طرح، فرم رضایت نامه کتبی تکمیل و برخی از مشخصات فردی- اجتماعی مادران از طریق برگه ثبت اطلاعات جمع آوری گردید. با در نظر گرفتن حداقل ۱۰-۸ ساعت ناشتایی و یک ساعت استراحت پیش از نمونه گیری، ۲CC نمونه خون از وریدهای محیطی تهیه، حباب موجود در سرنگها خارج شد و بلافاصله در لوله حاوی EDTA ریخته شد و در محیط حاوی یخ قرار گرفت تا بتدریج سرد شده حجم آن کاهش یابد. (در غیر این صورت ممکن است افزایش کاذب ۲۰٪-۱۰٪ میزان هموسیستئین خون

جدول ۱. مقایسه سن و سوابق بارداری دو گروه مورد و شاهد			
شاخص	مورد	شاهد	P-value
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	
سن	۲۹/۴۷ \pm ۶/۸	۲۷/۴۳ \pm ۷/۱۷	۰/۰۷
تعداد بارداری	۲/۲۹ \pm ۱/۱	۲/۱ \pm ۱/۳	۰/۴
تعداد زایمان	۱/۲ \pm ۱/۱	۱/۱ \pm ۱/۲	۰/۴۴

همچنین یافته ها نشان داد: میانگین سطح سرمی هموسیستئین در گروه پره اکلامیسی در سه ماهه سوم بارداری دارای میانگین Mmol/l $۷/۴ \pm ۳/۳$ بود که در مقایسه با سطح سرمی هموسیستئین گروه شاهد در سه ماهه سوم بارداری Mmol/l $۲/۳ \pm$ $۴/۰۹$ بطور معناداری ($P = ۰/۰۰۱$) بالا بود (جدول ۲).

جدول ۲. مقایسه سطح سرمی هموسیستئین بر حسب Mmol/l در خانمهای باردار مبتلا به مسمویت حاملگی و گروه شاهد						
گروه	تعداد	MEAN	SD	T	DF	P
مورد	۱۶۵	۷/۴	۳/۳	۱۰/۶	۳۲۶	۰/۰۰۰
شاهد	۱۶۵	۴/۰۹	۲/۳			

در بررسی رابطه ی بین میزان سطح هموسیستئین و برخی از عوامل فردی اجتماعی ۲ گروه نشان داد میانگین دور بازو، BMI، فشار خون، پروتئینوری و فشارخون مادران در گروهها بطور معنی داری با هم متفاوت بودند و شاخص های فوق در گروه مورد بطور معنی داری بالاتر از گروه شاهد بودند (جدول ۳).

جدول ۳. ارتباط سطح هموسیستئین (برحسب mmol/l) و برخی از عوامل فردی اجتماعی ۲ گروه

گروه	میانگین	انحراف معیار
پروتئینوری	۲/۵۴ \pm ۱/۲	۰/۰۱
mg/dl	۲/۵۴ \pm ۱/۲	
دور بازو	۲۷/۰۱ \pm ۴/۵	۰/۰۱
cm	۲۴/۰۴ \pm ۳/۳	
BMI	۳۱/۴ \pm ۵/۵	۰/۰۳
	۲۸/۷ \pm ۴/۷	
فشارخون	سیستول ۱۸۰	۱۴
	دیاستول ۹۰	
MmHg	۱۴۰	۷۰
شاهد	۱۱	

بروز کند)، همه نمونه ها پیش از سانتریفوژ شدن حدود ۶ ساعت در محیط حاوی یخ نگهداری شدند و سپس با دور ۳۸۰۰ در دقیقه به مدت ۵ دقیقه سانتریفوژ گردید و پلاسما جدا شده و به آزمایشگاه انتقال داده شد و تا زمان انجام آنالیز در فریزر در دمای ۲۰- درجه سانتی گراد نگهداری شدند. کیت هموسیستئین مورد استفاده در این مطالعه، مربوط به کمپانی تکنولوژی پارک دوندی Axis shield انگلستان بود که واکنش آنزیماتیک Increasing با طول موج ۳۸۰-۳۴۰ نانومتر توسط دستگاه اتوماتیک اتوآنالیزور بیوشیمی BT3000 (ایتالیا) آنالیز شد. سپس اطلاعات خام وارد نرم افزار SPSS13 گردید و جهت مقایسه مقادیر میانگین هموسیستئین دو گروه، از آزمون T test استفاده شد. جهت تعیین ارتباط سطح هموسیستئین پلاسما و برخی مشخصات فردی و اجتماعی بین دو گروه مورد و شاهد از آزمون مستقل χ^2 استفاده گردید و $p < ۰/۰۵$ معنی دار تلقی شد.

یافته ها

نتایج این بررسی نشان داد میانگین سن افراد تحت مطالعه $۲۸/۳۶ \pm ۷/۰۷$ سال بود. حداقل سن برابر با ۱۶ سال و حداکثر آن نیز برابر با ۴۳ سال بود، از نظر پاریته میانگین پاریته ۱/۱۸ حداقل پاریته در مادران برابر صفر و حداکثر پاریته برابر ۴، میانگین گراوید ۲/۱ با حداقل یک و حداکثر ۶، از نظر دور بازو میانگین ۲۵/۵۲Cm با حداقل ۱۴ و حداکثر ۴۶/۵Cm، BMI میانگین ۳۰/۰۹ با حداقل ۱۸/۲ و حداکثر ۴۶/۴ بود.

دو گروه مورد و شاهد پس از طبقه بندی هموسیستئین، سن، تعداد حاملگی و تعداد زایمان با استفاده از آزمون کای دو با هم مقایسه گردیدند و بین دو گروه در این موارد اختلاف معنی داری یافت نشد (جدول ۱).

سایر شاخصهای مورد بررسی با نمونه خون اولیه شامل: CBC, HCT, hb, آزمایشات کبدی (SGOT, SGPT) و مصرف آهن و اسید فولیک و مولتی ویتامین در دو گروه تفاوت آماری معنی داری نشان نداد.

بحث

پره اکلامپسی که مکرراً در حاملگی رخ می دهد و مادر و نوزاد را با خطرات متعددی روبرو می سازد هنوز اتیولوژی ناشناخته ای دارد [۱۲] فرض بر این است که علت اصلی این سندرم آسیب آندوتلیال باشد [۱۳] و هموسیستئین بالای خون به عنوان عامل خطر پره اکلامپسی مطرح می باشد [۱۵، ۱۴] تغییرات سطح هموسیستئین در هر سه ماهه بارداری نشان داده که بیشترین کاهش آن در سن حاملگی ۲۸-۲۰ هفته حدود ۴/۳ میکرومول در لیتر و بالاترین میزان آن در هفته ۴۲-۳۶ حدود ۵/۵ می باشد [۱۶].

افزایش هموسیستئین خون در سه ماهه سوم خطر مسمومیت حاملگی را ۲ تا ۳ برابر افزایش می دهد [۱۷]. یک مطالعه مورد شاهدهی در چین بر روی ۶۲ مادر مبتلا به پره اکلامپسی و ۳۰ مادر باردار فاقد حاملگی عارضه دار بعنوان گروه شاهد نشان داد که هموسیستین می تواند مسئول بخشی از اتیولوژی پره اکلامپسی باشد [۱۸]. مطالعه دیگری که بطور مقطعی در ترکیه انجام شده بود نشان داد که هموسیستئین خون مادران مبتلا به اکلامپسی شدید با اکلامپسی ووزن حین تولد نوزادان ارتباط معنی داری داشته است [۱۹].

یک بررسی هم در یونان بر روی ۲۸ مادر دچار اکلامپسی و ۲۶ مادر باردار سالم همین نتایج را تأیید نمود [۲۰]. مطالعه ای در ترکیه با بررسی سطح خونی نیتریک اکساید و هموسیستئین در پره اکلامپسی نتیجه گرفته است که نتایج فاجعه بار این سندرم فقط با سطح خونی هموسیستئین ارتباط مثبت داشته نه با

سطح خونی نیتریک اکساید [۲۱]. با اینکه تمامی مطالعات فوق الذکر در مورد پیش گویی رابطه پره اکلامپسی و هموسیستئین پرداخته بود ولی هیچیک از آنها به پیش بینی وضعیت مادر و فرزند، بعد از تولد نپرداخته بود، در حالی که یک پژوهش در نروژ بر روی ۴۷ مادر دچار اکلامپسی و ۵۱ مادر باردار سالم با آنالیز خون مادر و خون وریدی و شریانی بند ناف نشان داد که خون چنین نوزادانی از سطح بالای هموسیستئین خون مادر متاثر می شود لازم است اثرات ناشناخته آن بر نوزادان کشف شود [۲۲].

در مطالعه حاضر سعی شد مادران در محدوده سنی ۵ سال با هم یکسان سازی شوند، از آنجاکه نتایج مطالعات نشان داده افزایش سن با افزایش هموسیستئین رابطه آماری معنی داری دارد. در مطالعه اردم اوغلو^۱ و همکاران در ترکیه مشخص گردید مادرانی که سن بالاتری داشتند. سطح سرمی هموسیستئین آنها بالاتر بود و به پره اکلامپسی دچار شده بودند [۲۱]. یک بررسی هم نشان داد که بین فشارخون مزمن و سطح بالای هموسیستئین سرم و افزایش سن رابطه مثبت وجود دارد [۲۳].

یافته دیگر این پژوهش وجود ارتباط معنی دار BMI و دور بازو و سطح سرمی هموسیستئین بود. در این رابطه تنها یک مطالعه در نروژ شاخص فوق را در مطالعه خود سنجیده بود که نتایج مشابهی با یافته این پژوهش داشت و گروه مورد یعنی مادران مبتلا به پره اکلامپسی BMI بالاتری در مقایسه با گروه شاهد داشتند [۲۲].

سایر یافته های این مطالعه روابط آماری معنی داری را نشان نداد. ازجمله با توجه به تحقیقات تصور می شد مصرف اسید فولیک بر سطح خونی هموسیستئین مؤثر باشد که نتایج نشان داد با اینکه دریافت اسید فولیک مادران در دو گروه تقریباً یکسان بود، سطح خونی هموسیستئین آنها متفاوت بود، شاید بنظر برسد که دریافت اسید فولیک بر

^۱ Erdemoglu

سطح خونی هموسیستئین و در بروز پره اکلامپسی نقشی نداشته. یک پژوهش در ونزوئلا نیز نشان داد که تجویز اسیدفولیک هیچ اثری در پیشرفت پره اکلامپسی نداشته است [۲۴] با این حال پژوهشگران مطالعه حاضر معتقدند: این مورد از محدودیتهای این مطالعه بوده چرا که دریافت اسید فولیک مادران فقط از روی پرونده بهداشتی آنها بررسی شده بود لذا پیشنهاد می گردد مطالعه مداخله ای ضمن دادن مکملهای اسید فولیک به مادران سطح خونی هموسیستئین آنها را بررسی نماید.

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های این مطالعه بنظر می رسد. مادران بارداری که سطح خونی هموسیستئین، سن حاملگی و BMI شان بالاست از احتمال ابتلا به پره اکلامپسی بیشتری برخوردارند و باید با دقت بیشتری مراقبتهای دوران بارداری را دریافت کنند تا با خطرات مادری-نوزادی کمتری روبرو شوند.

قدردانی و تشکر

این پروژه با حمایت‌های دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شده لذا از کلیه مسؤولین و کارکنان واحدهای پژوهش و کتابخانه ای این دانشگاه مخصوصاً سرکار خانم صغری گلمغانی تقدیر و تشکر بعمل می‌آید.

References

- 1- Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Pre-eclampsia. Lancet. 2005; 365:785–799.
- 2- Pashazadeh A. Ordering in Obstetrics and Gynecology. First ed. Tehran: Golban. 2008: 749. (Persian)
- 3- Stoikova V, Ivanov S, Mazneikova V, Tsoncheva A. Serum homocysteine levels in pregnant women with preeclampsia. Akusherstvo i ginekologiya, 2005; 44, (6): 16-19.
- 4- Maruotti G, Del Bianco A, Amato AN, Lombardi L, Fulgeri AM, Pietropaolo F. Preeclampsia and high serum levels of homocysteine. Minerva Ginecologica, 2005; 57(2): 165-170.
- 5- Redman CW, Sargent IL. Latest advances in understanding preeclampsia. Science, 2005; 308: 1592–1594.
- 6- Gary CF, Kenneth J, Leveno Steven L, Bloom John C. Hauth, Dwight J. Rouse, Catherine Y. Spong. Williams Obstetrics. 2005; 23e. New York: the McGraw-Hill Companies:763.
- 7- Hoque MM, Bulbul T, Mahal M, Islam NA, Ferdousi M. Serum homocysteine in pre-eclampsia and eclampsia. Bangladesh Med Res Counc Bull, 2008; 34(1): 16-20.
- 8- Singh U, Gupta HP, Singh RK, Shukla M, Singh R, Mehrotra SS, et al. A study of changes in homocysteine levels during normal pregnancy and pre-eclampsia. J Indian Med Assoc, 2008; 106 (8):503-5.
- 9- Powers RW, Majors AK, Kerchner LJ, Conrad KP. Renal handling of homocysteine during normal pregnancy and preeclampsia. J Soc Gynecol Investig, 2004; 11(1): 45-50.
- 10- Goodarzi M, Yazdani-Nik A, Bashardoost N. The Relationship of the first/Third Trimester Hematocrit level with the Birth Weight and Preeclampsia. Iran Journal of nursing (IJN) 2008, 21(54): 41-49.(Persian)
- 11-Guven MA, Coskun A, Ertas IE, Aral M, Zencirci B, Oksuz H. Association of maternal serum CRP, IL-6, TNF-alpha, homocysteine, folic acid and vitamin B12 levels with the severity of preeclampsia and fetal birth weight. Hypertens Pregnancy, 2009; 28(2):190-200.
- 12- Daly S, Cotter A, Molly AE, Scott J. Homocysteine and folic acid: implications for pregnancy. Semin Vasc Med, 2005; 5:190–200.
- 13- Maruotti G, Del Bianco A, Amato AN, Lombardi L, Fulgeri AM, Pietropaolo F. Preeclampsia and high serum levels of homocysteine. Minerva Ginecol, 2005; 57:165-170.
- 14- Baksu A, Taskin M, Goker N, Baksu B, Uluocak A. Plasma homocysteine in late pregnancies complicated with preeclampsia and in newborns. Am J Perinatol, 2006; 23(1):31–35.

- 15- Herrmann W, Isber S, Obeid R, Herrmann M, Jouma M. Concentrations of homocysteine, related metabolites and asymmetric dimethylarginine in preeclamptic women with poor nutritional status. *Clin Chem Lab Med*, 2005; 43(10):1139–1146.
- 16- Walker Mc, Smith GN, Perkins SL, Keely EJ, Garner PR. Changes in homocysteine levels during normal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 1999; 180(3):660-4.
- 17- Steegers-Theunissen RP, Van Iersel CA, Peer PG, Nelen WL, Steegers EA. Hyperhomocysteinemia, pregnancy complications, and the timing of investigation. *Obstet Gynecol*, 2004; 104: 336-43.
- 18- Dongwei M, Jianhua C, Keshen L, Shiyu H, Qi Y, Li Z, et al. Association of homocysteine, asymmetric dimethylarginine, and nitric oxide with preeclampsia. *Materno-Fetal medicine online* 6 Oct 2009. www.springerlink.com/index/d14751462m264422.pdf
- 19- Melih Guven A, Ayhan Coskun, Egemen Ertas I, Aral M, Beyazit Z and Hafize O. Association of maternal serum CRP, IL-6, TNF- α , homocysteine, folic Acid and Vitamin B12 levels with the severity of preeclampsia and fetal birth weight. *Hypertension in Pregnancy*, 2009; 28(2): 190-200.
- 20- Georgios M, Alexis P, Areti H. Homocysteine, Folic acid B12 levels in pregnancies complicated preeclampsia. *Arch Gynecol Obstet*, 2007; 275: 121-124.
- 21- Erdemoglu E, Ugr M, Erdemoglu E. Plasma homocysteine and nitric oxide levels in Preeclampsia. *Turkish German Gynecology*. 2009; 10: 26-29.
- 22- Kristin B, Per M. Homocysteine, cysteine, and related metabolites in maternal and fetal plasma in Preeclampsia. *Pediatric researches*. 2007; 62(3):319-322.
- 23- Zeeman GG, Alexander JM, McIntire DD, Devaraj S, Leveno KJ. Homocysteine plasma concentrations in preeclampsia in woman with chronic hypertension. *Am J Obstet & Gynecol*, 2003; 189 (2): 574-9.
- 24- Fernandez M, Fernandez G, Diez E. Plasma homocysteine concentrations in preeclampsia. *Investigation Clinica*, 2005; 46(2):187-195.

Relation between Homocysteine serum levels and pregnancy complicated with preeclampsia occurrence

Rahimi G, MD¹; Tazakori Z, MSc², Shateri N, GP³

1- Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran. E-mail: g.rahimi@arums.ac.ir

2- Nursing Instructor, Ardabil University of Medical Sciences.

3- General Practitioner, Ardabil University of Medical Sciences.

ABSTRACT

Background & Objectives: Preeclampsia representing as one of the most important complications of pregnancy, affects up to 8% of all pregnancies nevertheless little has been known about its etiology. It is, however, generally accepted that the pathophysiology of preeclampsia is related to systemic maternal endothelial dysfunction. Homocysteine, a cytotoxic compound, adversely affects the endothelial system. Main objective of this study was to assess plasma levels of homocysteine in women with normal pregnancies and those who suffering from preeclampsia.

Methods: A case –control study was designed for 165 preeclamptic patients and 165 normal cases. Controls were matched for gestational age and age of mothers. Blood samples were obtained from patients attending Alavi hospital in Ardabil (after 6-8 hour NPO). Two milliliters blood was collected in tubes containing ice bag stored ethylenediaminetetraacetic acid (EDTA) and homocysteine level was analyzed.

Results: Mean levels of homocysteine were elevated in the preeclamptic cases compared to control group (7.4 ± 3.3 vs. 4.09 ± 2.3 μ mol/l, $P < 0.001$) the levels of BMI and Arms sizes have been shown to be different statistically in two groups and other variables revealed no significant differences between the groups.

Conclusion: It is concluded that in our study homocysteine Levels, BMI and Arms sizes are significantly effected patients with preeclampsia compared with control group and can increase the risk of developing severe side effect to mothers and neonates.

Key words: Homocysteine; Preeclampsia; Mother's; Pregnancy; Eclampsia